Aus der Königlichen Psychiatrischen u. Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Symptomatologie der Neurasthenie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johannes Roter

Assistenzarzt d. L.

Kiel 1917.

Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Symptomatologie der Neurasthenie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

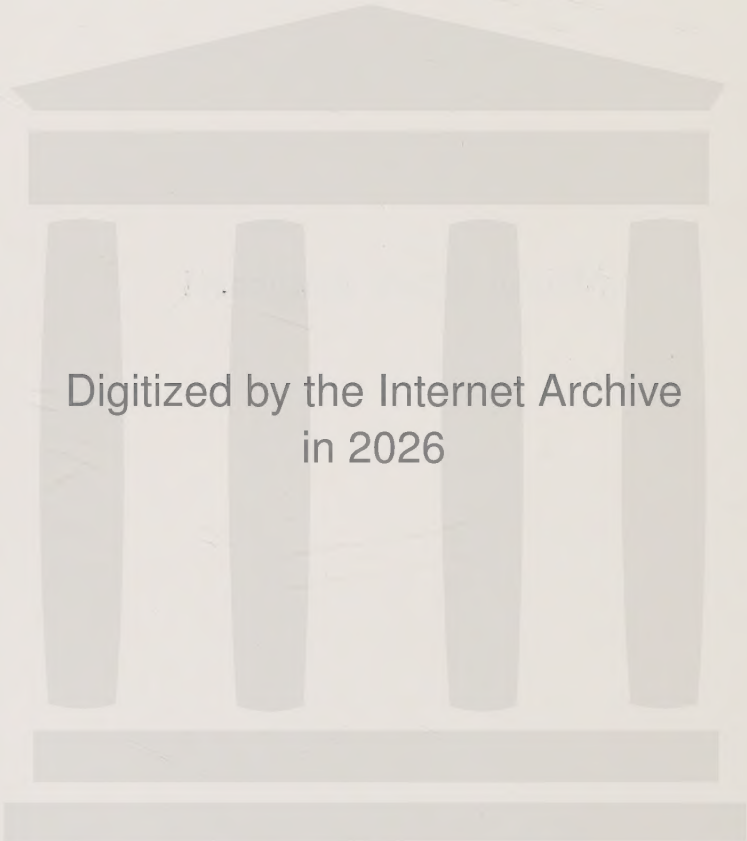
vorgelegt von

Johannes Roter
Assistenzarzt d. L.

Kiel 1917.
Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

No. 63
Rektoratsjahr 1916/17
Referent: Prof. Dr. Siemerling
Zum Druck genehmigt
Prof. Dr. Siemerling,
z. Z. Dekan.

Meinen Eltern gewidmet!


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0135

Das Wesen der Neurasthenie besteht in einer gesteigerten Ermüdbarkeit und reizbaren Schwäche des Nervensystems. Man zählt die Neurasthenie zu den funktionellen Neurosen, wenngleich auch innerhalb der nervösen Elemente organische Veränderungen auftreten. Eulenburg gibt die Dauer dieser Veränderungen als Unterscheidungsmerkmale an und bezeichnet die Störungen als funktionell, wenn sie labiler Natur sind und schnell wieder ausgeglichen werden. Man führt die Neurasthenie auf Stoffwechselstörungen innerhalb der Nerven zurück, teils infolge Mangel an organischer Zufuhr und Stauung der Abbauprodukte, oder wie Verworn auf Sauerstoffmangel. Pathologisch-anatomisch hat Bouwert feine Veränderungen in den nervösen Elementen beobachtet, die nicht genau erkennbar sind. Mittels der Nisselschen Methode hat er Strukturveränderungen an Ganglienzellen festgestellt, doch ist es fraglich, ob damit die Grundlage gefunden. Eine große Rolle fällt bei der Neurasthenie wahrscheinlich dem Sympathikusnervensystem zu, da eine Reihe wichtiger Organe von ihm versorgt werden und Wechselbeziehungen zwischen Gehirn und der auch von ihm regulierten Blutzufuhr der Organe bestehen.

Man versucht, bei der Neurasthenie die nervöse erworbene Erschöpfung von der konstitutionellen Neurasthenie zu unterscheiden, doch ist letztere allein bei 75 % aller Fälle nachweisbar und bestehen Übergänge zwischen beiden, so daß eine erworbene nervöse Erschöpfung selten ist. — Kraepelin u. Schaffer vergleichen die Anlage zur Neurasthenie als eine Intolleranz gegen Stoffwechselveränderungen, die schon bei geringsten Störungen krankhaft reagiert, wo bei Gesunden erst bei hochgradiger Ermüdung der Zustand eintritt.

Als Ursache dieser krankhaften Veranlagung oder, wie Cramer sagt, als endogene Ursache kommt hauptsächlich die erbliche Belastung in Frage. Häufig ist eine Nervenkrank-

heit oder andere chronische Krankheit, wie vor allem Tuberkulose, Lues und Alkoholismus, in der Familie nachzuweisen.

Ob die Zeugung im Rausch oder schädliche Einflüsse in der Schwangerschaft ungünstig auf die Entwicklung des Embryos einwirken können, läßt sich schwierig nachweisen, doch wird es vielfach als möglich angenommen.

Die Zahl der äußeren Schädlichkeiten, die eine Krankheitsanlage zum Ausdruck kommen lassen, ist eine ungeheuer große, doch es darf wohl angenommen werden, daß man diesen Einflüssen häufig eine zu große Rolle beimißt, weil sie oft von dem Kranken verstärkt in den Vordergrund gestellt werden.

In der Jugend treten zu strenge Erziehung, Züchtigung und Onanie hervor. Später Berufsüberanstrengung, Daseinssorgen, Mißgeschick, sexueller Mißbrauch. Eine große Menge schädlicher Ursachen kann man unter dem Begriff toxischer Einflüsse und Intoxikationen zusammenfassen. Alkohol, Nikotin stehen da an erster Stelle. Bei vielen Infektionskrankheiten werden Toxine gebildet, die man als Ursachen der Neurasthenie hinzustellen sucht, so vor allem bei Lues und auch bei Pneumonie und Typhus. Bernheim spricht von einer Influenzaneurasthenie, de la Neurasthenie grippale, bei der die Toxine auf Rückenmark und Nerven sowie auf Magen und Darm schädlich wirken sollen.

Bouchard sucht die Neurasthenie auf Intoxikationen von Magen- und Darmerkrankungen zurückzuführen.

Ein wichtiges Moment bildet zweifellos das Trauma, mag es nun eine äußerliche Verletzung sein oder sich um physisches Trauma handeln. Die Erwartung von Rente, die Furcht des Besserwerdens und die Sorge, die kranken Symptome nicht undeutlich werden zu lassen, spielen dabei eine große Rolle.

Man hat versucht, die Erscheinungen der Neurasthenie unter einem bestimmten Gesichtspunkt zusammenzufassen nach der vorherrschenden Art der Symptome, und man spricht von zerebraler, spinaler, kardiovaskulärer, gartroentestinaler und sexueller Neurasthenie. Jedoch pflegen die Erscheinungen fast stets ineinander überzugehen, nicht selten sind alle

genannten Arten vertreten, und es hat so die Einteilung nur den Zweck der Übersichtlichkeit.

Bei den für diese Arbeit vorliegenden überaus zahlreichen Krankheitsfällen der Psychiatrischen Klinik zu Kiel konnte eine ganze Summe von häufig vorhandenen Krankheitserscheinungen festgestellt werden, aus denen sich gut ein Bild der Neurasthenie entwerfen läßt.

In der Mehrzahl der Fälle wurden Klagen geführt über Kopfbeschwerden, die als Schmerz, dumpfes Gefühl und Druck, zuweilen mit Lokalisation im Hinterkopf angegeben wurden. Schwindel war oft vorhanden. Seltener waren Erscheinungen von seiten der Sinnesorgane, wie Taubsehen, tanzende Striche vor den Augen, Empfindlichkeit gegen Licht und Geräusch, Klingen in den Ohren. Die Pupillenreaktion war normal, häufig Lidzittern.

Von kardiovaskulären Symptomen waren Herzklopfen, Stechen in der Brust, Beklemmungen sowie Hitze im Kopf und leichtes Erröten charakteristisch. Der Puls war beschleunigt, zuweilen irregulär, Dermographie stark positiv. Appetitmangel war nicht immer vorhanden, nie starkes Hungergefühl. Dagegen oft saurer Geschmack, Aufstoßen und Blähungen. Verstopfung war häufiger als Diarrhoe.

Von sexuellen Symptomen herrschten vor häufige Pollutionen, Brennen in der Harnröhre beim Koitus, Stechen im Hoden und Schleimabgang. Sehr eingehend wurden Erscheinungen betreffs der Motilität und der Gefühlsnerven geschildert. Klagen, wie schwere Beine, wie Blei, Ungeschicklichkeit und Zittern der Glieder, Müdigkeit in denselben und schnelle Ermattung waren gar nicht selten. Gefühl des Eingeschlafenseins, Kribbeln und Stechen verknüpften sich mit den Bewegungsstörungen. Die Sehnenreflexe waren in der Mehrzahl der Fälle lebhaft.

An phsychischen Symptomen waren vorherrschend Reizbarkeit und Angstzustände. Manche konnten durch geringfügigste Reize in Ärger und Zorn versetzt werden, andere wurden bei jeder Gelegenheit zu Weinen veranlaßt. In einem Fall fürchtete ein Organist beim Orgelspielen stecken zu

bleiben, ebenso in der Unterhaltung. Ein Friseur hatte diese Empfindung beim Rasieren. Die Antrophobie, die Furcht mit vielen Menschen zusammen zu sein, brachte einen stets in Zittern. Psychische Störungen von seiten des Denkvermögens und des Gedächtnisses wurden nur vereinzelt beobachtet.

Mit hypochondrischen Erscheinungen waren ausgeprägte Fälle zur Beobachtung gekommen. Diese sowie eine Reihe anderer Fälle geben viele charakteristische Einzelheiten ab. Zum Teil sind sie mit anderen Krankheitsbildern kombiniert und von differentialdiagnostischem Werte. Eine genaue Darlegung der Fälle, wobei auch der objektive Untersuchungsbefund geschildert wird, dürfte von Interesse sein.

Zunächst ein Fall allgemeiner Neurasthenie, bei dem das Charakteristische der leichten Erschöpfbarkeit und Willensschwäche zum Ausdruck kommt.

Fall 1.

Fr. G., stud. jur., 21 Jahre alt.

Aufgenommen: 14. 10. 1902.

Anamnese: Mit 16 Jahren Fall auf den Kopf von Turngerät mit kurzem Bewußtseinsverlust, nachher 14 Tage Kopfweh. Nie schwer krank. Seit 2 Jahren zeitweise onaniert. Sexueller Verkehr immer sehr gering. Seit Dezember 1901 Kopfschmerzen, Ende Februar 1902 Fieber, vorher schon schlaflos. Im Sommer 1902 in Kiel. Kollegbesuch unregelmäßig, weil unfähig. Er klagt über Angst und Schwäche. Kann nicht gehen, schwankt fortwährend in seinen Entschlüssen. Wollte bald hierbleiben, bald fort. Der Anblick der Kranken regt ihn sehr auf. Schlaf unregelmäßig, unangenehme, und ängstliche Empfindungen in der Herzgegend.

Status: Ziemlich gut genährt, blaß an Haut und sichtbaren Schleimhäuten.

Pupillen mittel, gleich.

R. längsoval.

R. L. + A. B. frei VII.

Lidschluß tremor, auch Händezittern.

Zunge gerade, rissig.

Lungen o. B., Herztätigkeit labil, zurzeit 100 P., nach einigen Schritten 140.

Leber, Milz nicht vergrößert.

Reflex O. E. o. B., Hautreflex +.

Sehnenreflex gesteigert.

Sensibilität intakt.

Rohe Kraft gering, überall gleich herabgesetzt.

Urin frei von Eiweiß und Zucker.

15. 10. 1902. Ziemlich geschlafen, klagt über Schwindel, Schleier vor den Augen, Angst, kann nicht lesen.

18. 10. 1902. Klagt über schlechten Schlaf. Befinden sehr wechselnd, meint stets, er habe keinen Verstand und werde nicht besser.

25. 10. 1916. Öfter Pollutionen. Fängt an, sich etwas zu beschäftigen, sei aber noch müde.

9. 11. 1902. Habe auf der Straße noch Flimmern vor den Augen.

10. 12. 1902. Klagt noch über Müdigkeit und Kopfschmerzen, auch Herzklopfen. Behalte nicht, was er gelesen; dazwischen sonst vergnügt, springt pfeifend die Treppe herunter.

5. 1. 1903. Wieder große Müdigkeit; glaubt selbst, er werde nie besser. So gut sei er schon oft gewesen, er werde immer wieder schlechter.

Gebessert entlassen.

Hat später juristischen Examen gut bestanden, ist Richter.

Fall 2.

Heinrich F., Gerichtsschreiber, 39 Jahre alt.

Aufgenommen: 17. 7. 1903.

Anamnese: Vater an Schwindsucht des Rückenmarks, eine Schwester an Lungenschwindsucht gestorben.

Ist verheiratet, hat 2 gesunde Kinder, vor kurzem hat die Frau eine Fehlgeburt durchgemacht.

Pat. hat vor 6 bis 7 Jahren Tripper gehabt, keine syphilitische Infektion.

Kein Trauma.

Potus in den früheren Jahren ziemlich stark, seit der Verheiratung nicht mehr getrunken. Pat. will früher niemals ernstlich krank gewesen sein. Seit ungefähr 15 Jahren hat Pat. zeitweise über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, geistige Abgespanntheit und allgemeines Mißbehagen zu klagen gehabt, er mußte viel grübeln, hatte die Befürchtung, er könne verrückt werden, außerdem hatte er viel Säure im Magen, Blähungen, zuweilen stellte sich auch Übelkeit ein. Durch solche Zustände wurde Pat. bald mehr, bald weniger belästigt, ganz frei hatte er sich seit dieser niemals gefühlt. Im Jahre 1900 trat das Leiden einmal besonders schlimm auf. Pat. machte damals eine mehrwöchentliche Badekur auf Borkum durch.

In neuerer Zeit verschlimmerte sich der Zustand seit ungefähr einem halben Jahr, besonders trat seit dieser Zeit das Magenleiden in den Vordergrund, sauerer Geschmak im Munde, Blähungen, „es bildeten sich wohl Gase, die zum Kopf stiegen“, er habe das Gefühl gehabt, als ob er einen Kater hätte.

Schlaf und Appetit waren in letzter Zeit gut, ebenso die Verdauung.

In letzter Zeit will Pat. immer über leichte Schwindelanfälle zu klagen gehabt haben, besonders morgens sei ihm öfter etwas taumelig gewesen, auch Kribbelgefühl in den Händen; in allerletzter Zeit lähmungsartige Zustände in einzelnen Fingern. 2 oder 3 Finger hat er öfter kurze Zeit nicht bewegen können, öfter sei die Bewegung schmerzhaft gewesen.

Besonders in letzter Zeit will Pat. stark abgemagert sein, auch sei ihm aufgefallen, daß er im Gesicht bei jeder Gelegenheit leicht errõte, so z. B. wenn ihn jemand anrede, wenn er grüße usw.

Status: Mittelmäßiger Ernährungszustand. Farbe der Haut und sichtbare Schleimhäute normal.

Pup. mittelweit, gleich, rund.

R. L. + R. C. + A. B. frei.

Zunge kommt gerade heraus, ist etwas belegt, zittert etwas.

Sprache zuweilen etwas anstoßend.

Lungen, Herz o. B., Puls normal.

Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.

Abdom.-, Crem.- und Plantarreflexe vorhanden.

Kniephänomene etwas gesteigert. Achilles vorhanden.

Romberg nicht vorhanden.

Sensibilität und Mobilität ohne größere Störungen.

Grobe Kraft ziemlich gut.

3. 8. 1903. Hat die Nacht schlecht geschlafen, klagt über Schmerzen in der Magengrube, saures Aufstoßen und Kopfschmerzen; gestern und heute kein Stuhlgang, kein Appetit, Zunge etwas belegt, bleibt im Bett.

4. 8. 1903. Kopfschmerz und Magendruck geringer, kein Aufstoßen mehr, Appetit gut, Stimmung wieder etwas besser.

12. 8. 1903. Pat. hatte in letzter Zeit keine Klagen vorzubringen, Schlaf und Verdauung waren gut, Stimmung vorzüglich. Pat. macht fast täglich Ausflüge und längere Spaziergänge, kommt immer sehr befriedigt zurück.

Wird heute gebessert entlassen.

Bemerkenswert ist dieser Fall durch seine Magen- und Darmerscheinungen, Appetitlosigkeit, belegte Zunge, Schmerzen, Aufstoßen, Verstopfung sind zeitweilig vorhanden, saurer Geschmack und Blähungen sind dauernde Klagen. Gerade letztere sind oft für Störungen nervösen Ursprungs charakteristisch. Saurer Geschmack und saures Aufstoßen werden durch Hyperazidität, die Blähung durch Verschlucken von Luft und Magenatonie verursacht. Bumke gibt an, daß nervöse Magenatonie sehr selten ist und Hyperocidität häufiger organischen als nervösen Ursprungs ist. Die nervös bedingten Zustände pflegen

ein wechselndes Bild zu zeigen, sind durch Gemütsstimmungen beeinflußbar und durch Ablenkung zum Teil zum Verschwinden zu bringen.

Überaus häufig finden sich bei Neurasthenie kardiovaskuläre Symptome, wofür die 4 folgenden Fälle charakteristisch sind.

Fall 3.

Ernst L., Ober-Deckoffizier a. D., 46 Jahre alt.
Aufgenommen: 2. 8. 1902.

Anamnese: Wird im Sanitätswagen gebracht; geht ruhig auf die Abteilung. Örtlich und Zeitlich orientiert. Personalien richtig.

Auf Befragen: er sei nervös und aufgeregt, ärgere sich leicht, leide an Herzbeschwerden, bekomme „Anfälle", die stundenlang anhielten, bei denen werde er ganz rot im Gesicht, Ohren und Backen brennen ihm wie Feuer, die Schlagadern am Halse klopften stark, und Brust und Arme werden auch rot. Er habe dann ca. 180 Pulsschläge in der Minute.

Diese Anfälle kämen Tag und Nacht. Am Tage seien sie am schlimmsten und traten bei der geringsten Aufregung auf. Das Nahen der Anfälle könne er oft merken, das Gesicht sei wie mit einem Spinngewebe überzogen, so ein eigentümliches Kribbeln, desgl. in den Füßen, der Urin werde dann ganz hell.

Diese Herzanfälle habe er im April d. J. zum ersten Male gehabt. Das Rotwerden sei vor ca. $1^1/_2$ Jahren zum ersten Male gekommen, im Anschluß an Freude darüber, daß er Kastellan im Schlosse des Prinzen Heinrich werden sollte; da er aber verheiratet war, wurde er es doch nicht. Dann kam das Rotwerden öfter, aber nur wenig. Pat. legte sich aufs Sofa, und dann war's bald vorüber.

Die Anfälle stimmten Pat. sehr traurig, seine Familie tat ihm leid, Suicidgedanken habe er nie gehabt. Es gesellten sich Störungen der Verdauung hinzu; wenn Pat. nur ganz wenig Milch trank, trat schon heftiges Kollern im Leib auf, ferner viel Blähungen, stark anhaltender Stuhlgang.

Außerdem hatte Pat. besonders nach den Anfällen starke Schmerzen im Rücken, die in den linken Arm und linke Brustseite ausstrahlten.

Pat. unterbricht sich plötzlich in seiner Erzählung, sagt, er müsse aufhören, es strenge sein Herz zu sehr an.

Pat. spricht leise, zögernd, mit ängstlicher Stimme. Gesichtsausdruck ängstlich, Haltung gebückt mit vornübergeneigtem Kopf. Weinerliche Stimmung.

Status: Mäßig genährt, blasse Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Pup. mittelweit, rechts nicht ganz rund. R. L. + R. C. + A. B. frei.

Stirn gefaltet.

Zunge kommt gerade, zittert, belegt, Gaumen und Rachen frei.

Lungen ohne Veränderungen.

Herzdämpfung normal, Herzaktion ausgiebig und lebhaft.

Herztöne rein, scharf akzentuiert.

Puls voll regelmäßig, 100 in 1 Minute. Art. rad. gerade, von guter Spannung, leicht rigide. Leber, Milz nicht vergrößert.

Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft. Abdom.-, Crem.- und Plantarreflexe vorhanden.

Kniephänomene gesteigert.

Achilles rechts vorhanden, links nicht auszulösen.

Leichtes vasomotorisches Nachröten. Kein Fußklonus. Andeutung von Patellarklonus. Bei Fuß- und Augenschluß leichtes Schwanken. Aktive und passive Bewegungen der Extremitäten frei.

Sensibil, ohne Störung.

3. 8. 1902. Hat die Nacht nur wenig geschlafen (1 Dorm.), fühlt sich aber sonst ganz wohl, kein Anfall. Heute vasomotorisches Nachröten stärker.

4. 8. 1902. Sagt, er habe sich beim Gewitter so erschreckt, Flimmern vor den Augen und Zucken in den Augenlidern bekommen, habe dann die Nacht nur sehr wenig geschlafen.

6. 8. 1902. Bittet den Arzt, er möchte ohne Schlafmittel schlafen.

8. 8. 1902. Hat gestern und heute ohne Schlafmittel gut geschlafen.

12. 8. 1902. Hatte heute Nachmittag einen Anfall, Gesicht und Hals stark gerötet, Klopfen der Carotiden. Puls regelmäßig, 120. Am Herzen kein Geräusch, Herztöne scharf akzentuiert.

Pat. klagt über Kopfschmerzen, Druck und Fülle im Kopf. Nach ca. $^1/_4$ Stunde alles vorüber.

18. 8. 1902. Pat. will in der Nacht einen leichten Anfall gehabt haben, habe deshalb schlecht geschlafen und heute morgen Kopfschmerzen.

War gestern Nachmittag im Garten spazieren gegangen und hatte Besuch von seiner Frau.

Beschwert sich, die Herren seien im Salon so laut, pfiffen und ulkten über ältere Herren, auch die Wärter taugten nichts, der eine liefe beständig in Hemdsärmeln herum, wohl weil er sich geniere, den Wärterrock anzuziehen.

Klagt dann, er habe auch einen Druck vor dem Leib und Durchfall, der ginge aber schnell vorüber und sei nur gekommen gleichwie das Rotwerden, weil er sich über die jungen Leute geärgert habe.

25. 8. 1902. Befinden etwas besser, Errötен seltener.

10. 9. 1902. Schmerzen in der f. infraclavic. links, die schon lange bestehen, schwinden nach Elektrisieren.

26. 9. 1902. Auf Wunsch gebessert entlassen.

Fall 4.

Karl M., stud. theol., 25 Jahre alt.

Aufgenommen: 5. 5. 1902.

Anamnese: Mutter nervös. 1 Schwester. Nie schwer krank, keine Verletzung. Potus nicht übermäßig. Viel geraucht, Pfeife. In Prima ließ er sich wegen Herzklopfen untersuchen. Der Arzt fand „Hypertrophie". Auf Schule fleißig und mit Erfolg. Seit Herbst 1896 Student in Greifswald. Leipzig und Kiel. Zuweilen die Nächte durchgearbeitet.

Januar 1901 Meldung zum Examen. Danach aufgeregt, ängstlich vor dem Konsistorium; schlief schlecht, hatte eine Art Alpdrücken, wachte in Schweiß gebadet auf. So oft er an das Examen dachte, wurde ihm Angst, es stieg ihm heiß auf zum Hals. Am 28. 2. 1901 so schlimm, daß er ganz schwindlig wurde und sich hinlegen mußte. Er bekam eine Art Schüttelfrost, war abwechselnd heiß und kalt. Im März ging es besser, aber abends leicht ängstlich und aufsteigende Hitze. Im März 1901 zu Hause gearbeitet. Er fuhr am Tage vor dem Examen (April 1901) erst her. Unterwegs so ängstlich, daß er sich hinlegen mußte, hatte große Furcht vor Examen, glaubte, er fiele durch, obwohl er andererseits von seinen Kenntnissen überzeugt war. Er hatte Predigt und Katechese fertig, lieferte es aber nicht ab. Er blieb dann in Kiel dauernd. Im Sommer 1901 ging es gut, fast gar keine Beschwerden. Im Herbst meldete er sich ohne seine Absicht zu spät, wurde nicht zugelassen. Er regte sich da sehr auf, verlor sein Selbstvertrauen, weil er meinte, sie (Kons.) hielten nichts von ihm. Im Winter 1901/02 nach der Meldung wieder schlimmer. Er machte aus Angst die Kostenzustellung gar nicht auf, meinte, seine Abweisung sei darin. Las in einem Buch von Römer von phys. Minderwertigkeit, wurde sehr aufgeregt, hatte sehr oft aufsteigende Hitze und Herzklopfen. Er machte die schriftlichen Aufgaben. In der Osterwoche, ca. 10 Tage vor Examen, dachte er wieder, wenn er durchfiele, so sei alles vorbei. Bekam wieder mehr Angst, schlief nicht, wurde immer aufgeregter, aß gar nicht. Sprach mit niemanden darüber, war immer für sich. Wagte nicht hereinzugehen, war in steter Unruhe. Lief die Zeit nachher wie stumpfsinnig herum, arbeitete nicht, wurde ruhiger, dachte eigentlich an nichts.

Status: Gut genährt.
Pupillen weit, R. L. + R. C. +, A. B. frei.
Zunge belegt, zittert stark.
VII frei.
Lungen ohne Veränderungen.
Herztöne rein.
Puls bei der Untersuchung 130.
Leber, Milz nicht vergrößert.
Haut- und Sehnenreflexe lebhaft.

Mobilität ohne größere Störungen.

Etwas allgemeine Hyperästhesie.

7. 5. 1902. Puls morgens 90. Es fällt auf, daß Pat., wenn man mit ihm spricht, besonders wenn man ihn untersucht, bald sehr rot im Gesicht wird. Pat. gibt noch an, die Unruhe vor dem Examen sei noch dadurch gesteigert, daß er dem Konsistorium gar nicht bekannt zu sein glaubte.

8. 5. 1902. Puls morgens 80. Fühlt sich wohl.

9. 5. 1902. Puls morgens 120, obwohl Pat. nur schnell vom Stuhl aufgestanden ist.

14. 5. 1902. Gebessert entlassen.

Fall 5.

August H., Bauschüler, 22 Jahre alt.

Aufgenommen: 27. 3. 1902.

Anamnese am 4. 5. 1902: Vater Trinker, Großmutter mütterlicherseits bekam anfallsweise starkes Herzklopfen, blieb sitzen, es dauerte stundenlang, dann war es plötzlich vorbei. Als Knabe Schreikrämpfe. Begabt. Im Jahre 1900 Beginn der Krankheit. Schwach und matt. In den Unterrichtsstunden der Bauschule früher sehr erregt und Herzklopfen, deshalb 1901 in medizin. Klinik. Klagt besonders über Herzklopfen. Schmerzen in der Herzgegend bei geringen Bewegungen, allgemeine Schwäche im ganzen Körper und unbestimmte Angstzustände und Beklemmungen, als ob er keinen Atem bekommen könnte und als ob das Herz still stände.

Sei oft niedergedrückter Stimmung, besonders nach Pollutionen, nach denen er sich noch einige Tage schwach fühle. Masturbat. zugegeben.

Status: Mäßiger Ernährungszustand, graciler Knochenbau, normale Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute.

Lungen ohne Besonderheiten.

Herzdämpfung normal.

Herztöne unregelmäßig, doch rein, bisweilen ein dumpfes Geräusch während der ganzen Herzaktion.

Puls unregelmäßig, 120.

Art. rad. gerade gespannt.

Pupillen mittelweit, gleich.

R. L. +, R. C. +.

Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft.

Abdom.-, Crem.- und Plantarreflexe rechts vorhanden, links nicht.

Kniephänomene beiderseits lebhaft.

Achilles rechts vorhanden, links nicht.

Kein Fuß-, kein Patellarklonus.

Mechanische Muskelerregbarkeit vorhanden.

Vasomotorisches Nachröten gering.

Mobilität und Sensibilität ohne gröbere Störungen.

Während der ganzen Untersuchung fängt Pat. öfter an, heftig zu zittern mit dem ganzen Körper, das aber schnell wieder vorübergeht.

31. 3. 1902. Pat. geht es besser; abgesehen von Brennen im Leib fühl er sich ganz wohl. Ist auf. Puls irregulär. Schlaf in der letzten Nacht weniger gut. Fühlt sich am Morgen sehr matt. Bleibt im Bett. Puls 72, irregulär.

4. 4. 1902. Befinden wechselnd. Bald Wohlbefinden, dann wieder schlechter.

11. 4. 1902. Eigentliche Besserung bis jetzt nicht eingetreten. Sobald Pat. etwas länger auf ist oder sich etwas mehr Bewegung macht, tritt die Tachykardie wieder auf. Arythemie besteht auch bei sonstigem langsamen Puls. Appetit etwas besser.

13. 4. 1902. Herabgehen mit der Dosis Solut. Fowler.

14. 4. 1902. Absetzen aller Medikamente.

15. 4. 1902. Pat. klagt noch wie früher. Läßt man Pat. etwas auf- und abgehen, so steigt die Pulsfrequenz bis 120.

22. 4. 1902. Ohne wesentlichen Einfluß auf das Befinden des Patienten ist die Medikation. Es bestehen noch dieselben Klagen wie früher. Zeitweise Angstanfälle in der Nacht mit Störung des Schlafes. Bei Bettruhe befindet sich Pat. am besten.

28. 4. 1902. Pat. klagt viel über Kopfschmerz.

29. 4. 1902. Pat. fühlt sich angeblich ganz wohl. Die Herzbeschwerden seien nicht mehr so schlimm, er hoffe, es werde zu Hause gehen.

30. 4. 1902. Bei der Visite klagt Pat., es werde ihm schlecht. Pat. legt sich hin, klagt über Herzklopfen. Puls 88 arythm., nach ca. 5 Minuten Puls 60, bleibt arythm. Pat. klagt über allgemeine Mattigkeit. Aufgefordert zu gehen, sagt er, es falle ihm schwer, die Beine wären so matt. Geht dann auf Aufforderung 3—4 mal auf und ab. Die Pulsfrequenz steigt gleich auf 120, um nach kurzer Zeit wieder zu verlangsamen. Herztöne rein. Gesichtsfarbe während des Anfalles bietet nichts Besonderes.

1. 5. 1902. Pat. klagt über allgemeine Mattigkeit. Zeitweilig ist Pulsfrequenz gesteigert. Appetit ist etwas besser.

4. 5. 1902. Befinden wechselnd. Bald anscheinend Wohlbefinden. So z. B. spielt Pat. gerne zuweilen mit großem Interesse Karten und ist dann zeitweise sehr lebhaft. Zu anderen Zeiten wieder große Niedergeschlagenheit und Klagen über Herzklopfen, Mattigkeit. Ferner klagt Pat. über Samenverlust bei etwas schwerem Stuhl. Nach Pollutionen große Abgeschlagenheit.

9. 5. 1902. Das Befinden des Pat. bietet keine Änderungen. Zuweilen Wohlbefinden, meist aber mit nachfolgendem Herzklopfen und Depression.

15. 5. 1902. Medikation ohne Einfluß auf das Befinden des Pat.

16. 5. 1902. Pat. klagt über große Mattigkeit und Unruhe. Es sei ihm seit einiger Zeit so eigentümlich zumute, gerade so, als ob er sich aufgeregt habe. Der Puls ist kräftig, arythm. 60 in der Minute. Läßt man Pat. einige Freiübungen machen, so steigt die Pulszahl gleich auf 100 in der Minute, nimmt bei darauf eintretender Unruhe gleich wieder an Zahl ab. Auch klagt Pat. über Schmerzen in der Herzgegend.

25. 5. 1902. Subjektives Befinden in letzter Zeit viel besser. Pat. geht viel ins Freie. Hat zuweilen noch einen Anfall von Tachykardie, aber seltener. Klagt etwas über Müdigkeit. Puls unregelmäßig.

29. 5. 1902. Schlaf andauernd besser. Ebenso das Allgemeinbefinden. Nur klagt Pat. noch über Schwäche, besonders in den Beinen. Geht hinaus, ist fast den ganzen Tag außer Bett. Puls 72, zeitweise arythm.

6. 6. 1902. Anhaltendes besseres subjektives Wohlbefinden. Fast keine Herzbeschwerden mehr. Objektiv besteht die Arythm. fort.

12. 6. 1902. Dauernd gutes Befinden, keine oder nur noch geringe Herzbeschwerden. Fühlt sich noch etwas schwach. Arythm. des Pulses besteht fort. Schlaf, Appetit gut.

13. 6. 1902. Auf Wunsch gebessert nach Hause entlassen.

Fall 6.

Hans D., Maurer, 18 Jahre alt.

Aufgenommen: 18. 8. 1903.

Anamnese am 18. 8. 1903: Kommt aus Neumünster von selbst. Ist ruhig. Gibt seine Personalien richtig an, zeitlich und örtlich orientiert.

Heredität, Trauma und Potus negiert.

Will im 3. Lebensjahre englische Krankheit gehabt haben, seit dem 9. Lebensjahre viel an Kopfschmerzen gelitten. Reißen in der linken Stirnseite; dieselben traten in ca. wöchentlichen Zwischenräumen auf und dauerten einige Stunden; jetzt pflegen sie nur noch nach Erregungen aufzutreten; so lange Pat. arbeitet, treten die Anfälle seltener auf; die Schmerzen beim Anfall sind gleichfalls geringer; am heftigsten hatte Pat. darunter zu leiden, als er auf der Schule (Mittelschule Neumünster) in die höheren Klassen kam, während seiner theoretischen Ausbildung und im letzten Winter beim Besuch der Bauschule in Hamburg. Pat. will leicht und gut gelernt haben.

Seit ungefähr 3 Wochen will Pat. über ein Druckgefühl auf dem Kopf zu klagen haben; er fühle sich halb krank, halb gesund, es müsse im Körper irgend etwas nicht in Ordnung sein. Er habe zu nichts Lust, empfinde ein allgemeines Unbehagen: ihn lasse alles kühl, gehe nicht wie früher mit einem Gefühl der Freudigkeit an die Arbeit. Im Schlaf zucke er oft plötzlich zusammen und wache dann auf; er habe vorher meistens geträumt, daß er auf der Straße gefallen sei, über einen Stein gestolpert sei oder ähnliches; ähnliche Zustände will er schon als Kind gehabt haben.

Seit einiger Zeit habe er zuweilen Brechreiz gehabt; zum Erbrechen sei es jedoch nicht gekommen. Abends beim Zubettgehen pflegt sich in letzter Zeit Herzklopfen und Atemnot einzustellen.

Schließlich will Pat. noch über hin und wieder auftretende stehende Schmerzen im linken Schulterblatt zu klagen haben. Krämpfe, Ohnmacht und Schwindel werden in Abrede gestellt.

Appetit war schlecht, Verdauung träge, Schlaf unruhig.

An den Ohrmuscheln will Pat. in letzter Zeit das Gefühl von Ameisenkriechen gehabt haben.

19. 8. 1903. Nachts ruhig, Schlaf gut.

Status: Mittlerer Ernährungszustand.

Normale Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute.

Pupillen mittelweit, rund, linke etwas weiter als rechte.

R. L. +, R. C. + A. B. frei.

Nasolabialfalten beiderseits flach.

Zunge kommt gerade, ist belegt, zittert etwas.

Lungen ohne Besonderheiten.

Über sämtlichen Ostien des Herzens ist ein systolisches Geräusch hörbar; besonders über der Aorta.

Puls regelmäßig, leicht unterdrückbar, 62.

Leber und Milz nicht vergrößert.

Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.

Abdom.-, Crem.- und Plantarreflexe vorhanden,

Kniephänomene und Achilles vorhanden.

Sensibilität und Motilität ohne größere Störungen.

Starkes vasomotorisches Nachröten.

Urin kein Eiweiß und Zucker.

2. 9. 1903. Stimmung ist in letzter Zeit besser geworden. Appetit ausreichend, Schlaf meistens gut. Pat. unterhält sich viel mit anderen Patienten, beschäftigt sich mit Lesen, geht im Garten spazieren, darf auch kleinere Ausflüge in die Umgegend unternehmen.

15. 9. 1903. Wenn auch die Klagen von seiten des Herzens, bestehend in Atemnot und Herzklopfen, bei körperlichen Anstrengungen noch ziemlich dieselben geblieben sind wie bei der Aufnahme, so fühlt Patient sich im ganzen doch wieder schaffensfreudiger, glaubt in seinem Beruf wieder tätig sein zu können.

Er wird heute auf seinen Wunsch entlassen.

In den angeführten 4 Fällen sind fast sämtliche vorkommenden Herz- und Gefäßkrankheiten vertreten. In den ersten beiden überwiegen die Kongestionen zum Kopf. Das Brennen der Backen wie Feuer ist sehr bezeichnend für das Gefühl des Errötens, das durch jeglichen nichtigen Anlaß ausgelöst werden kann. Man bezeichnet das einfache Erröten

als physiologisch, jedoch ist es bei der Neurasthenie nicht selten begleitet von Angstempfindungen und Schwächegefühl. Es ist dann als eine abnorme Abwehrreaktion gegen einen von außen kommenden oder im Inneren selbst entstandenen Reiz aufzufassen, physiologisch als Funktionsstörungen im Sympathicusgebiet. Es ist auffällig, wie zuweilen jahrelang immer wiederkehrendes Erröten letzthin auf eine einzige Begebenheit zurückgeführt werden kann, wo zuerst das Zwangserröten aufgetreten ist und wonach später durch die bloße Erinnerung dasselbe selbst bei belanglosen Dingen ausgelöst wird.

Bei Fall 3 könnte man an Vitium cordis denken und die nervösen Beschwerden lediglich als Folge oder Begleitung desselben auffassen. Da aber die Herzgrenzen normal und das systolische Geräusch nur zeitweilig vorhanden, liegt der Gedanke eines akzidentellen anämischen Geräusches nahe. Drummond beschreibt kardiorespiratorische Geräusche, die nur die Respiration begleiten und die bei Nervösen vorkommen. Schwieriger ist die Frage der Irregularität des Pulses, wie sie im vorliegenden Fall besteht. Goldscheider behauptet, daß Arythmien erheblichen Grades nicht auf Neurasthenie bezogen werden können, Oppenheim steht nicht auf diesem Standpunkt. Da im vorliegenden Fall die Irregularität nicht erheblich ist, darf man die Diagnose Neurasthenie cordis mit allgemeiner Neurasthenie wohl aufrechterhalten.

In Fall 5 ist ein Vitium cordis festgestellt, und es besteht die Frage, wie sich Neurasthenie und Vitium zueinander verhalten. Häufig ist es nicht leicht zu sagen, ob beide Leiden selbständig nebeneinander vorhanden sind, oder ob das eine bezw. das andere das primäre Leiden darstellt. Es ist möglich, daß aus der Neurasthenie cordis sich allgemeine Neurasthenie entwickelt, ebenso aber ist es möglich, daß ein Vitium Neurasthenie zur Folge hat. Im vorliegenden Falle ist eher anzunehmen, daß neben der Neurasthenie ein Vitium cordis vorliegt.

Fall 7.

H. W., Kellner, 21 Jahre alt.
Aufgenommen: 23. 9. 1902.

Anamnese: Örtlich, zeitig orientiert, ruhig, geordnet.

Hered. neg. potus neg., bis zum 2. Jahre Schreikrämpfe, dabei bewußtlos, von selbst wieder zu sich gekommen; sonst immer gesund. Tripper 89. Klagt über Schwäche, Schmerzen im Rücken, Zucken im Kopf, starkes Herzklopfen. Führt sein Leiden auf Onanie zurück; viel Pollutionen. Fühlt sich darauf schwach, bald alle 3 Tage, 8 oder 14 Tage, stets in der Nacht.

Beim Stuhlgang aus dem Penis, besonders wenn derselbe hart, eine schleimige Masse, keine richtige Pollution. Den Abgang schleimiger Massen habe er öfter am Tage bemerkt, besonders, wenn er viel sitze. Beim harten Stuhl Knacken im Kreuz. Seit 1 Jahr Halsentzündung, in die Poliklinik von Prof. Friedrich behandelt. Bisweilen starke Kopfschmerzen. Kein Flimmern, doch sehe er abends, wenn er einschlafen sollte, Gesichter von Bekannten. Es scheine ihm, als ob die Gesichter auf ihn zukämen, in Wirklichkeit sei nichts da, entstände nur in seinem Kopf. Sobald er die Augen öffne, seien die Gesichter fort.

Sei mißgestimmt, möchte manchmal gar nicht mehr leben, doch hoffe er, noch gesund zu werden.

Status: Dürftiger Ernährungszustand, blaß.
Pupillen mittel, Refl. L. Conv. +, A. B. frei.
VII frei.
Perkussion des Kopfes etwas empfindlich.
Lungen, Herz o. B.
O.-Refl. +, Knie, Ach. lebhaft.
Vasomot. Nachröten.
Mobilit. Sensibilit. o. B.
Urin frei von E. und Z.
24. 9. 1902. Gut geschlafen.
27. 9. 1916. Wegen spez. Pharyngitis in die med. Klinik verlegt.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß hier die in der Jugend betriebene Onanie mit als Ursache der sexuellen Schwäche anzusehen ist, wenn auch die Schreikrämpfe in der Kindheit möglicherweise auf neuropathische Konstitution hindeuten.

Die schleimigen Entleerungen aus dem Penis, auch wenn er nicht erigiert ist und keine Pollution anzunehmen ist, wurden bisher als Prostatasekretion aufgefaßt, doch hat sich gezeigt, daß sich darin Spermatozoen vorfinden. Es liegt also vielleicht eine Schwäche des Ductus ejaculatorius vor.

Oft können geringe Schleimentleerungen auch die Folge von Gonorrhoe sein, doch liegt in diesen Falle dieselbe schon viele Jahre zurück und ist daher dieses nicht wahrscheinlich.

Die Bedeutung der Onanie für die Entwicklung der Sexualneurasthenie scheint nicht von so großer Bedeutung zu sein, wie vielfach angenommen wird. Cramer gibt an, daß übermäßige Onanie in der frühen Jugend schon eine neuropathische Konstitution voraussetzte. Häufig läßt sich in diesen Fällen eine abnorme frühe Entwicklung des Geschlechtstriebes nachweisen.

Die Erscheinungen der Sexualneurasthenie sind außer den genannten sehr mannigfaltig. Beim Mann sind Ejaculatio praecox, Erektionsunfähigkeit, plötzlich Schwinden der Erektion beim Koitus und sexuelle Kälte von Wichtigkeit, zumal wegen der sich daraus oft ergebenden Impotenz. Diese ist nach Westphal bei der Neurasthenie fast stets psychisch bedingt, da sich zur Schwäche das Schwinden des eigenen Vertrauens und die ständige Selbstbeobachtung hinzugesellt und aus der Herabsetzung der Impotenz sich völlige Impotenz entwickelt. Beim Weibe spielen die Sensibilitätsanomalien die größte Rolle. Nach Krafft-Ebing kommen Parästhesien der Genitalregion und bisweilen „Pollutionen“ des Weibes vor.

Fall 8.

Heinrich J., Oberzollkontrolleur, 43 Jahre alt.

Aufgenommen: 29. 8. 1903 (I. Aufnahme).

Anamnese: Orientiert, trauma, potus, Heredität negiert, 1887 und 1890 Tripper, 1893 Typhus.

1891 mit Mädchen verkehrt, von der er später erfuhr, daß sie Lues habe. Das Mädchen habe gesagt, es sei gesund gewesen. 1891 untersucht und keine luetische Affektion gefunden. Später am Penis rote Flecken und Ausschlag auf der Brust, keine ärztliche Behandlung. Es ging vorüber, seit 1895 nichts mehr. Trotzdem habe er stets den Gedanken, es könne syphilitisch infiziert sein.

II. Aufnahme: 6. 4. 1908.

Anamnese: Vater und Mutter der Frau an Phthise gestorben. Frau selbst sehr zart, ein einziger Sohn (12 Jahre).

Nach der Entlassung (Oktober 1903) sei es ihm gut gegangen, er sei widerstandsfähiger gewesen, habe besser arbeiten können. Erst seit einem halben Jahre fühle er Schwäche in den Beinen, der Druck im Kreuz, über den er früher schon geklagt habe, sei stärker geworden, er habe ein Gefühl, als ob die Sehnen der Beine zu kurz wären, sich strammten. Habe im Sommer 1907 sehr viel Rad fahren müssen, weil er Außendienst hatte und die großen Wege zu Fuß nicht bewältigen konnte.

Sonst keinerlei Beschwerden. Schlaf, Appetit und Verdauung seien gut. Nie Krämpfe, Ohnmachten, Schwindelanfälle, keine Magenschmerzen, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen. Nur beim Gehen etwas unsicher, im Dunkeln schlechter.

Augen unverändert. Trägt schon seit 17 Jahren den Kneifer wegen Kurzsichtigkeit. Gedächtnis nicht schlechter, dagegen werde ihm das Denken schwerer, er könne Berichte nie gleich in Reinschrift abfassen, sondern müsse stets erst einen Vorentwurf machen.

Status: Kräftig gebaut, in gutem Ernährungszustand.
Gesicht gerötet, Haupthaar gelichtet.
Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich.
Pupillen über mittelweit, gleich, rund, R. L. +, R. C. +, A. B. frei.
Zunge gerade, belegt, zittert nicht.
Gaumenbögen, gleichmäßig gehoben. Rachenreflex vorhanden, keine artikulatorische Sprachstörung.
Herz, Lungen ohne Befund.
Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.
Mäßiger Tremor manum.
Dynamometer beiderseits über 150.
Mechanische Muskelerregbarkeit lebhaft vorhanden.
Vasomotorisches Nachröten schwach vorhanden.
Abdominalreflex vorhanden.
Cremasterreflex vorhanden.
Kniephänomene gesteigert.
Mäßiger, leicht erschöpfbarer Patellarklonus.
Achilles lebhaft, kein Fußklonus.
Keine Ataxie. Kein Romberg.

Patient ist sehr niedergeschlagen, starrt zur Erde, glaubt trotz gegenteiligen Versicherungen anscheinend nicht recht, daß ein Rückenmarksleiden bei ihm nicht vorliege. Er habe von seinem 14. Jahr an onaniert, habe schon in seiner Jugend gelesen, daß das schlimme Folgen habe. Man müsse ihm diese Sünde doch auch ansehen, er könne niemanden frei ins Auge blicken, und die Leute auf der Straße schauten ihn alle daraufhin an.

7. 4. 1908. Gut geschlafen. Etwas zuversichtlicherer Stimmung.

10. 4. 1908. Geht täglich morgens und nachmittags mit einem Zimmergenossen spazieren (1 bis 2 Stunden). Klagt zeitweise noch über Schwäche in den Beinen, ist im allgemeinen aber sehr zufrieden mit seinem Befinden.

13. 4. 1908. Gestern nicht ausgegangen. Die Ruhe sei ihm sehr gut bekommen, er habe viel besser geschlafen als die Nacht vorher.

15. 4. 1908. Klagt nach längerem Spaziergang über Reißen in den Beinen und größere Schwäche. Nach Ruhe wieder besser.

24. 4. 1908. Zeitweise noch etwas matt, Schlaf wechselnd gut. Verdauung etwas beschleunigt, täglich 3 bis 4 mal breiiger Stuhlgang.

26. 4. 1908. Die etwas ruhigere Lebensweise und entsprechende Diät hatte Besserung des Stuhlganges zur Folge. Schlaf immer noch mangelhaft.

30. 4. 1908. Sehr deprimiert; er macht sich Gedanken über die Zukunft seines Sohnes; der nahe sich auch dem Alter der Reife. Patient wolle gern verhüten, daß sein Sohn demselben Laster fröne, wie er selbst früher (Onanie), aber sein Sohn müsse ihm ja an den Augen ansehen, daß er nicht schuldfrei sei.

Patient wird sehr erregt, weint, ist schwer zu beruhigen.

1. 5. 1908. Lumbalpunktion: Druck 170. Flüssigkeit (5 ccm) klar, alkalisch, Nissel: $1^1/_2$. Mit Mg Sulf. 04 und mit $(NH_4)_2SO_4$ keine Trübung. Keine Lymphocytose.

2. 5. 1908. Nachts ganz gut geschlafen, ruhiger.

3. 5. 1908. Steht wieder auf, geht spazieren, fühlt sich wohl.

11. 5. 1908. Dauernd leicht deprimiert, überwindet sich aber immer, geht viel spazieren und versucht sonst, sich durch Lesen, Billardspielen usw. von seinen Grübeleien abzulenken. Klagt noch nach größeren Spaziergängen über Schwäche im Kreuz, Mattigkeit in den Beinen.

15. 5. 1908. Heute angeblich im Stuhlgang ein Wurm von Größe und Aussehen eines Regenwurms.

16. 5. 1908. Zweimal dünner Stuhlgang, keine Würmer mehr abgegangen. Fühlt sich ziemlich matt.

17. 5. 1908. Nachts gut geschlafen, ziemlich zufriedener Stimmung.

19. 5. 1908. Schlaf leidlich gut; zeitweise nach größeren Anstrengungen noch Schwäche in den Beinen; fühlt sich sonst wohl.

23. 5. 1908. Immer ziemlich still, aber ganz munter, liest viel, unterhält sich gut mit anderen Patienten.

Auf eigenen Wunsch gebessert entlassen.

Fall 9.

K. Karl, Schmied, 30 Jahre alt.

Aufgenommen: 25. 6. 1905.

Anamnese: Krank seit 1900, Kopfschmerzen, Stiche in Brust und zwischen Schultern, blutarm und starkes Nasenbluten. In Plön im Johanniterhospital vom Oktober 1900 bis Januar 1901. Leiden nicht besser, Nasenbluten schlimmer. Sei dort schlecht behandelt worden, Arzt habe gesagt, er sei aufgebraust wie eine Dampfmaschine, Er sei überhaupt nicht krank. Seine Frau sei im Februar 1903 in der Anstalt gewesen, wurde nach Schleswig gebracht, wo sie noch sei. Das habe ihn sehr mitgenommen, deshalb sei er schwermütig geworden, der Arzt wollte, er solle aus dem Hause heraus, weil er doch nichts anderes sah als nur sein Elend. Sei lebensüberdrüssig geworden. Es sei ihm nichts

anderes übrig geblieben, als zur Arbeit zu greifen. 14 Tage sei es da besser gegangen, dann wieder langsam bergab gegangen. Es gab wohl Tage, an denen die Kopfschmerzen besser waren, aber das letzte Vierteljahr sei es besonders schlecht geworden. Habe an nichts Freude, sieche langsam hin, andere freuen sich, er habe zu nichts Lust, sei einmal so Habe immer Angst, zeitweise sei er dann ganz weinerlich, manchmal Angst, als ob er wunder was verbrochen habe, laufe dann hin und her, bekomme dann drückende Kopfschmerzen, es schwimme ihm alles vor den Augen; das beste sei dann, wenn er ganz weggehe. Dazu komme der Ärger, wenn er z. B. einen treffe, den er grüßen müsse, ärgere er sich, überhaupt jede Kleinigkeit ärgere ihn, wenn er etwas sehe, was nicht richtig sei, wenn es ihn auch nichts angehe. Er schimpfe dann oft. Könne aber oft auch nicht sprechen. Könne überhaupt seinem Ärger nicht Luft machen, könne oft dann kein Wort sprechen, könne sich gar nicht verteidigen.

Habe bis gestern gearbeitet, Sei mit seinem Vorarbeiter nicht ausgekommen, sein zweites Wort sei immer „Karl", auch wenn er gar nichts falsch gemacht habe. Sei in der letzten Zeit mehr traurig geworden, wollte nicht mehr leben. Versucht habe er nicht, sich das Leben zu nehmen, denke sich nur, was er vom Leben habe, sei nur ein langsames Hinsiechen. Habe fortwährend Kopfschmerzen. Dieselben fangen am Scheitel an und ziehen herunter bis in die Augen. Es gehe ihm vor den Augen ineinander, es verschwimme alles, wisse dann gar nicht, was er tun solle. Sehe Gegenstände nicht, die direkt vor ihm lägen. Habe seine Gedanken nicht mehr zusammen. Keine Krämpfe. Vor 4 Wochen bei einer kleinen Operation ohnmächtig geworden, sonst keine Ohnmachten. Habe außerdem Schmerzen im Rücken (zeigt auf die Lendenwirbelsäule), wenn er lange stehen müsse oder lange gehe.

Schlaf sei sehr wechselnd, oft morgens dumpfe Kopfschmerzen. Schrecke öfters ängstlich auf, träume schreckliche Sachen. Habe durch den ewigen Ärger Magenleiden bekommen, habe sich zuletzt nur mit Milch und Eiern hochgehalten, wenn er etwas anderes esse, komme es gleich wieder hoch, Erbrechen habe er nicht. Seit Weihnachten sei er fortwährend in ärztlicher Behandlung. War namentlich in letzter Zeit leicht vergeßlich geworden. Müsse immer wieder nachsehen, ob er die Maße richtig genommen habe, auch immer wieder nachrechnen. Falle ihm plötzlich ein, ob er etwas auch wirklich gemacht habe.

Status am 26. 6. 1905: Schwacher Knochenbau, geringe Muskulatur, schlechte Ernährung.

Beklopfen des Schädels angeblich überall schmerzhaft.

Druck auf das Stirnbein ebenfalls.

Pupillen über mittelweit, gleich, nicht rund. R. L. +, R. C. +. Linkes Augenlid hängt etwas, wird aber gut gehoben, A. B. frei, in Endstellungen vereinzelte nystagmusartige Zuckungen.

Gesicht keine deutliche Diff.

Zunge etwas nach rechts, zittert, belegt, keine artikukulatorische Sprachstörung.

Rachenreflex schwach.

Die beiden kleinen Finger im Metacarpogelenk in starker Extension und Abduktion, im 1. Fingergelenk in starker Beugung, auch passiv nicht auszugleichen. In wesentlich geringerem Grade sind dieselben Veränderungen auch an den übrigen Fingern angedeutet.

Tremor manum.

Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft vorhanden.

Mechanische Muskelerregbarkeit gesteigert.

Gänsehaut beim Bestreichen, Nachröten spät, aber deutlich.

Patell.-Refl. lebhaft, Ach.-Refl. lebhaft.

Gang langsam, müde, sicher. Haltung gebückt, schlaff.

Kein Romberg.

Dynamometer beiderseits 60.

Grobe Kraft der oberen Extremitäten leidlich.

Fingernasenversuch sicher.

Kremasterreflexe vorhanden. Abdom.-Refl. lebhaft.

28. 7. 1905. Verhält sich ruhig. Klagt immer noch viel über Kopf- und Rückenschmerzen. Stimmung sehr kläglich. Appetit ordentlich, Stuhlgang in Ordnung. Die Klagen werden mit großem Wortschwall sehr beredt mit offenbarer Ausschmückung geschildert. Steht auf.

5. 8. 1905. Liegt meist in gedrückter Stimmung im Bett, klagt über alle möglichen Beschwerden, meist über Schmerzen im Rückgrat, Mangel an Appetit. Macht meistens mißmutigen Eindruck. ißt ganz gut.

15. 8. 1905. War einige Tage anscheinend ängstlich, klagte über Druck auf der Brust.

20. 8. 1905. Steht meist auf, scheint ganz gesund, dem Arzt gegenüber ist er immer mißmutig, klagt über alle möglichen Beschwerden, die er auch nicht genauer präzisiert. Appetit und Stuhlgang in Ordnung.

3. 9. 1905. Hat dauernd wechselnde Klagen, ist dabei sehr gedrückter Stimmung. Zuweilen erscheint er aus geringfügigen Anlässen, z. B. dem Tropfen eines Wasserhahns in seiner Nähe, sehr erregt, klagt in lebhaft erregter Weise mit größter Beredsamkeit. Beklagt sich, daß er hier nicht gesund werden könnte, es geschähe ja nichts mit ihm, ist mit allem unzufrieden, beschwert sich über alles Mögliche.

12. 9. 1905. Hat manchmal so ein Zittern und Reißen durch den ganzen Körper. Dauernd wechselnder Stimmung, meist still, sehr einsilbig, dann wieder mit sich überstürzenden, heftig erregt hervorgestoßenen Worten seine Beschwerden schildernd, dabei hat er dann sehr heftigen Tremor manum, klagt über häufigen, unwillkürlichen Samenabgang.

20. 9. 1905. Klagt, daß ihm beim Sprechen oft der „Faden abreiße". Unverändert. Dauernd mürrischer, unzufriedener Stimmung den Ärzten

gegenüber. Unbeachtet ist er mit den anderen Kranken oft ganz ausgelassen.

30. 9. 1905. Dauernd wechselnde Klagen, dem Arzt gegenüber mürrisches unwilliges Verhalten, in Abwesenheit desselben auch zu Schmerzen geneigt.

30. 10. 1905. Ist im ganzen etwas besserer Stimmung. Äußerst spontan, keine Beschwerden.

5. 11. 1905. Verhält sich in der letzten Zeit weniger mürrisch. Gibt auf Fragen freundlich Auskunft. Fühlt sich im ganzen besser.

25. 11. 1905. Klagt darüber, daß er besonders beim Essen öfter Angstanfälle bekomme. Habe dann eine innerliche Angst und Unruhe, das Essen schmecke ihm nicht mehr. Es sei ihm dann auf einmal alles gleichgültig. Habe jetzt nicht mehr Herzklopfen, was er früher oft gehabt habe. Weine nicht mehr, die Angstanfälle seien viel geringer. Klagt über saures Aufstoßen nach dem Essen. Sei immer gleich voll beim Essen. Esse genügend, habe aber wenig Appetit. Stuhlgang sei jetzt in Ordnung. Habe jetzt mehr traurige Gedanken, daß ihm alles egal sei, daß, er doch nicht mehr gesund werde. Habe dies früher viel gehabt. Sei leicht aufgeregt. Wenn er beim Kartenspielen ein hartes Wort höre, könne er nicht weiterspielen, auch wenn es ihm nicht gelte. Könne dann seine Gedanken nicht mehr fassen. Doch lege sich diese Aufregung bald. Früher sei es damit schlimmer gewesen.

6. 12. 1905. Klagt etwas über saures Aufstoßen nach dem Mittagessen. Allgemeinbefinden in der letzten Zeit gut. Fühlt sich ganz frei. Es kommen ihm nicht mehr traurige Gedanken über seine Gesundheit.

7. 12. 1905. Auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen.

Fall 10.

H. Koch, Magazinaufseher, 43 Jahre alt.
Aufgenommen: 13. 10. 1902.

Anamnese: 2 Geschwister nervenkrank, Tripper mit 25 Jahren. Nach Influenza 189 merkte er, daß seine körperlichen Kräfte abnahmen Dadurch nervenüberreizt. Ärger mit den Arbeitern und daher gereizter Stimmung. In letzter Zeit Kopfschmerz, Angstgefühl, Kribbeln in Beinen. War eben eingeschlafen, schreckte er plötzlich zusammen. Es fiel ihm plötzlich was ein, und die Zahlen tanzten ihm im Kopfe herum. Am Morgen wie aus dem Wasser gezogen; schwitze viel. Schweiß rieche schlecht. Am Tage kaputt. Appetit, Stuhlgang gut, mitunter Blähungen, Wasserlassen in Ordnung.

Status: Mäßig genährt, blaß.
Kopf nicht druckempfindlich.
Pupillen eng, l. etwas entrundet.
Reflexe { Licht / Konv. +.

Augenbeweg. frei.
VII und XII frei.
Lungen und Herz ohne Befund, Töne rein.
Puls regelmäßig 72, gut gespannt, Art. rad. etwas rigide.
An Nacken, Oberarm, Oberschenkel Narben von Furunkeln.
Refl. der oberen E. +.
Abd.-Krem.-Refl. +.
Kniephänomene, Achilles lebhaft.
Kein vasomotorisches Nachröten.
Mech. Mukelerregbarkeit nicht erhöht (durch Muskelbeklopfung).
Mobil. Sensibil. o. B.
Urin frei.

14. 10. 1902. Nacht schlecht geschlafen, sei ungerecht auf der Werft behandelt, da man nicht anerkennen wolle, daß er nervös sei.

15. 10. 1902. Besser geschlafen, Kopfschmerzen geringer.

6. 11. 1902. Hat sich etwas im Garten beschäftigt. Klagt, er habe sich überarbeitet, müsse sich schonen und könne nicht mehr hinausgehen, sei zu schwach.

Er fühle sich so schwach, es zwänge ihn immer zu liegen. Schlaf gut, wenn er nicht an die ungerechte Behandlung von seiten der Werft denke, wo er sich doch ruiniert habe.

15. 11. 1902. Bekommt in mehrtägiger Zwischenpause 50, später 100 g Traubenzucker in 50%iger Lösung. Keinmal Glycosurie.

28. 11. 1902. Sei ungerecht, daß man ihn auf der Werft entlasse, er müsste Rente oder Pension bekommen. Der Arzt solle bestätigen, daß sein Leiden nur von dem aufreibenden Dienst auf der Werft gekommen sei.

Patient macht den widerlichen Eindruck, als ob er die Klagen erheuchle; leise Stimme, zusammengesunkene Haltung, schleppender Gang; dabei bittet er um Ausgang, wozu er sich wohl fähig fühle, der aber nicht gewährt wird.

16. 12. 1902. Gebessert entlassen.

Fall 11.

Theodor S., Kgl. Vollziehungsbeamter a. D.

Aufgenommen: 22. 8. 1902.

Anamnese: Heredität, Trauma negiert. Seit 3 Monaten „Angstanfälle". Am 9. 6. 1902 war Patient in einer Gesellschaft, machten einen Ausflug. Auf dem Bahnhof Zugverspätung, viele Menschen dort. Patient wurde aufgeregt, trank mehrere Kognaks, bekam dann im Eisenbahnwagen die Angstanfälle, Angstgefühle, große innere Unruhe, „wahre Todesangst", glaubte, er müsse sterben; ging ans Fenster, schaute hinaus, kein Herzklopfen, keine Kopfschmerzen, konnte die Fahrt nur von Plön bis Preetz aushalten, mußte vor „innerer Aufgeregtheit" heraus (abends 12) Uhr und blieb die Nacht im Eisenbahnhotel Preetz.

Schlief fast gar nicht, hatte beständig die innere Angst, er müßte sterben, fühlte sich sehr schwach, zitterte an allen Gliedern, konnte kaum auf den Füßen stehen. Schlief gegen Morgen 3 Stunden und fuhr dann nach Kiel. Lag dann 8 Tage zu Bett, bekam von Hern Dr. Seeger Abführmittel, da harter Stuhlgang war. Darauf einige Tage besser, dann kehrten die Anfälle fast jeden Tag 3 bis 4 mal wieder.

Seit ca. 3 Tagen sind die Anfälle häufiger, Patient sei aus dem Dusel nicht herausgekommen, konnte nicht sitzen, aß im Stehen, lief beständig hin und her.

Vor ca. 14 Tagen einen kurzen Schwindelanfall. Pat. stand, aß ein Butterbrot, als ihm plötzlich „in den Hinterkopf schoß", er wurde taumelig, mußte sich festhalten, sonst wäre er umgefallen. Dies war nur ein Augenblick, nachher war alles wieder gut.

Einen ähnlichen Schwindelanfall hatte Patient einmal auf der Straße, fühlte schon etwas vorher, wie ihm „blümerant" wurde, dann plötzlich kam der Schwindel. Patient drohte umzufallen, hielt sich einen Augenblick am Hause, dann war wieder alles gut.

Krämpfe nie.

Bei dem Schwächezustand habe er immer das Gefühl, als ob es hauptsächlich in der Magengegend säße, er habe dort so eigentümliches Wühlen, als ob Blähungen dort säßen, direkte Schmerzen nicht. Abends könne er oft nicht einschlafen vor Unruhe.

Patient meine, es komme vom vielen Skatspielen, oft ganze Nächte durch.

Status: Konjunkt. leicht gelblich gefärbt.

Pupillen gleichweit, mittelweit. R. L. +, R. C. +, A. B. frei.

Zunge leicht belegt.

Lungen o. B. Spitzenstoß nicht fühlbar.

Herztöne rein, dumpf. Herzaktion regelmäßig. Puls 72, regelmäßig von guter Spannung.

Leichte Arteriosklerose.

Keine Schlängelung der Temp. Art. Leib ist weich, auf Druck nicht schmerzhaft.

Leberdämpfung beginnt vom unteren Rand der 6. Rippe zum Rippenbogen.

Kniephänomene beiderseits lebhaft.

Subj. Klagen: Ein starkes Schwächegefühl in der Gegend des Herzens.

Urin frei von E. u. Z.

23. 8. 1902. Hat in der Nacht nicht besonders geschlafen, klagt über Schwächegefühl, schlechten Appetit, seine Zunge sei ganz braun und dick belegt.

Hat am Tage nur wenig gegessen.

26. 8. 1902. Schlaf in den letzten Tagen wechselnd, bald besser, bald schlechter. Morgens häufig Schwächegefühl und Beklemmungen,

über die Pat. nur unbestimmte Angaben macht. Appetit noch schlecht. Patient ißt nur wenig.

10. 10. 1902. Zustand wechselnd. Herzbeschwerden geringer. Hauptklage Druck in Magengegend, Mattigkeit.

23. 10. 1902. Ohne wesentliche Änderung auf Wunsch entlassen.

17. 11. 1902. Stellt sich noch mehrmals vor, mit gleichen Klagen wie früher. Soll elektrisiert werden, bleibt aber nach der ersten Faradisation wieder weg.

Fall 12.

W. Sch., Etablissementsbesitzer, 30 Jahre alt, verheiratet.

Aufgenommen: 16. 4. 1902.

Anamnese: Mutter nervös, eine Schwester Krämpfe, Infektion, Trauma negiert. 1890 Lungen- und Rippenfellentzündung. Gelernter Kellner, immer getrunken, Bier, Schnaps, selten Wein.

In den letzten Jahren wenig vertragen, werde gleich aufgeregt. Seit 8 Jahren eigenes Geschäft, geht gut, aber viel Mühe. 5 Jahre verheiratet; 1 Abort, keine Kinder.

Immer etwas nervös, mit den Jahren mehr. Besonders 1901. Ärgerte sich über jede Kleinigkeit, brauste auf, zerschlug Sachen. Gleichgültig bei Geschäftsbuchführung, leicht weinerlich.

Schon in letzten Jahren öfters Angst und Unruhe, besonders in den letzten Wochen. Schon länger sah er nachts hin und wieder Gestalten. Vor 14 Tagen sah er 3 weibliche Gestalten und Kind in weißen Laken an der Wand. Das Kind hob Erde aus einem Grabe aus. Er überzeugte sich davon, daß das Grab ein Handtuch war. Patient sieht ein, daß es sich um Ausfluß seiner Krankheit handelt. Unruhige Träume stets. In den letzten Jahren Schlaf gestört, ebenso Appetit schlecht.

Vomit. matutin. Stuhlgang in Ordnung.

In letzter Zeit mehr Schwindel. Er klagte vor 8 Tagen daß er Kartoffeln nicht von Steinen unterscheiden könne. Fiel dann hintenüber, bekam Krämpfe, Schaum vorm Mund (10 Min.). Wurde nach Hause geführt, sprach dann mit Bekannten und schlief zu Hause mehrere Stunden. Öfter Gefühl von Kribbeln in Unterschenkeln und Wadenkrämpfe.

Status: Mäßig genährt.

Pupillen übermittelweit, R. L. C. +, A. B. frei.

VII frei.

Zungentremor, gerade gestreckt, belegt, tremor universal.

Lungen o. B.

Herztöne etwas dumpf. Puls 76, regelmäßig kräftig.

Leber, Milz o. B.

Leib besonders in Magengegend druckempfindlich.

Abd.-Krem.-Plant. lebhaft.

Kniephänomene lebhaft.

Achilles. +
Mobil. Sensibil. ohne gröbere Störung.
Große Nervenstämme und Muskeln auf Druck etwas empfindlich.
Urin frei von E. u. Z.
21. 4. 1902. Hat sich erholt. Schlaf, Appetit gut.
22. 4. 1902. Gebessert entlassen.

In 3 genannten Fällen spielen hypochondrische Symptome eine große Rolle. Im Fall 8 handelt es sich um Syphilophobie, die ihre Ursache hat in Verkehr mit einem angeblich luetischen Mädchen. Selbst die Versicherung der Ärzte konnte ihn nicht von der Idee abbringen, daß er ein Rückenmarksleiden besäße.

Fall 9 ist differentialdiagnostisch von Interesse. Der in den Vordergrund tretende Schwermut, ferner Suizidgedanken sowie die an Versündigungswahn erinnernden Zwangsvorstellungen, etwas verbrochen zu haben, lassen zunächst auch an Melancholie denken. Bei der Melancholie jedoch ist das Bild des Kleinheitswahns ein beständiges, während hier Einsilbigkeit mit überstürzendem Redeschall abwechselt, die Stimmung nicht regelmäßig die gleiche ist. Außerdem sind die Gedanken über Lebensmüdigkeit nie bis zum Ausführungsversuch gekommen.

Bei der hypochondrischen Form der Neurasthenie kann unter Umständen chron. Paranoia in Frage kommen, denn bei beiden handelt es sich um Veränderungen der Empfindung, um krankhafte Eigenbeobachtung und bisweilen bei beiden um Wahnvorstellungen. Jedoch besteht der Unterschied bei letzteren in der Beziehung der Krankheit zu sich bezw. der Außenwelt. Der Hypochonder deutet, sich selbst beobachtend, krankhafte Empfindungen um und nimmt die Veränderungen ohne Beziehung zur Außenwelt wahr, der Paranoiker bezieht alles auf die Umgebung, sieht die feindlichen Einflüsse, glaubt sich verfolgt. Zudem pflegen bei Paranoia mit hypochondrischen Vorstellungen sich Überschätzungsideen zu verbinden, die bei der hypochondrischen Neurasthenie niemals vorkommen.

Bei Fall 11 deuten einige Symptome auf Alkoholintoxikation hin. So vor allem die Schwindelanfälle und Angstzustände, jedoch pflegen beide auch bei reiner Neu-

rasthenie vorzukommen, vor allem schwere Angstzustände, die sich an viele äußere Veranlassungen anknüpfen. Deutlich erkennbar ist der ursächliche Zusammenhang mit chronischem Alkoholismus bei Fall 12. Neben der Ängstlichkeit findet sich Neigung zu Zornausbrüchen, bei sonst rührseligem, weinerlichen Wesen, was bei chronischer Alkoholvergiftung sehr häufig ist. Einmal waren optische Sinnestäuschungen vorhanden. Der Krampfanfall mit vorangehender Gesichtshalluzinose läßt auf ernstere Störungen im Zentralnervensystem schließen. Bemerkenswert sind der universelle Tremor und Druckempfindlichkeit der Nervenstämme.

Häufig kombiniert sich Alkoholismus mit Arteriosklerose, und es läßt sich dann schwer feststellen, welche Krankheit mehr oder weniger im ursächlichen Zusammenhange mit der Neurasthenie steht.

Oft findet sich Neurasthenie auf rein arter. scl. Grundlage, wofür die beiden letzten Fälle typische Beispiele abgeben.

Fall 13.

J. T., Stadtreisender, 52 Jahre alt.

Aufgenommen: 1. 12. 1902.

Anamnese: 1 Bruder und eine Schwester nervenleidend gewesen. In den letzten Jahren viel getrunken. War früher in besseren Verhältnissen, auch verheiratet, jetzt geschieden. 6 Kinder gesund.

Patient lebt in letzter Zeit eigentlich nur von der Mildtätigkeit seiner Verwandten. Etwas eigentümlich sei er immer gewesen, habe aber gut gelernt in seiner Jugend, sei früher Kaufmann gewesen.

Heredität, Potus und Infektion negiert. Unverheiratet. Mit zirka 19 Jahren im hiesigen Krankenhaus (Prof. Völkers) gelegen wegen Gehirnentzündung. Will damals eine linksseitige Ohrenentzündung mit eitrigem Ausfluß gehabt haben, seitdem links schwerhörig. Sonst angeblich gesund.

Vor 10 Jahren einmal unbedeutende Verletzung der linken Kopfschwarte, Unfall beim Fahren eines Wagens. Keine Bewußtlosigkeit usw.

Patient ist jetzt über 8 Tage krank, bettlägerig wegen starken Schwindels und größerer Schwerhörigkeit. Will auch doppelt gesehen haben, und wenn er die Augen geschlossen habe, sei es ihm, als ob Berge vorüberzögen. Der Schwindel sei 2 mal so stark gewesen, daß er umfallen mußte, zuletzt am 24. November, ganz bewußtlos sei er nicht gewesen, er habe sich noch anlehnen können. Auch im Bett habe er Übelkeit und Schwindel, der sofort einträte, wenn er sich im Bett auf-

richte. Gehen könne er nur, wenn er den Blick streng auf den Erdboden vor sich richte, er dürfe weder nach der Seite noch nach oben blicken, sonst würde es ihm gleich schwindelig.

Abgesehen von einer großen Hinfälligkeit und Mattigkeit im ganzen Körper habe er sonst keine Störungen, speziell keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen, keine Krämpfe, Schlaf, Appetit und Stuhlgang gut. Keine Beschwerden am Herzen, zuweilen sei er ängstlich und schrecke bei Geräuschen leicht zusammen.

Keine Bewegungsbehinderungen in Armen oder Beinen. Hat angeblich stark geraucht,

Status: Gewicht 56 kg, Größe 172,5 m, Temp. 36,5.

Mäßiger Ernährungszustand.

Auf dem linken Scheitelbein eine große, gezackt verlaufene Narbe, die auf der Decke nicht empfindlich ist.

Rechts Ptosis, die nicht ganz ausgeglichen werden kann.

Bei Lidschluß Zittern im Orbicularis oculi.

Kopfperkussion nirgends schmerzhaft.

Beide Pupillen schräg oval, rechts mittelweit, weiter als links und ausgebuchtet R. L. + wenig ausgiebig. Beiderseits starker arcus senilis. Links cornea getrübt R. C. + Ophtalm.: Pupillen beiderseits etwas blaß. Grenzen verwachsen, links Venen stark geschlängelt, A. B. frei. Linke Nasolalialfalte weniger deutlich als die rechte.

Beim Breitmachen des Mundes tritt starkes fibilläres Zucken in der Gesichtsmuskulatur auf.

Keine Sprachstörung.

Bei Paradigmata läßt Patient zuweilen Silben aus.

Zunge kommt gerade, zittert etwas.

Gaumen und Rachen frei. Gaumenreflex vorhanden.

Lungen und Herz ohne Besonderheiten.

Temporalis stark geschlängelt. Radialis wenig geschlängelt, nicht rigide.

Puls weich, klein, zurzeit 88, sehr labil.

Leber und Milz nicht vergrößert.

Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft.

Abdom.-, Krem.- und Plantarreflexe vorhanden.

Kniephänomene und Achilles lebhaft.

Kein Patellar, kein Fußklonus.

Mechanische Muskelerregbarkeit erhöht, vasomotorisches Nachröten deutlich. Leichter Tremor manum, besonders links, sonst Mobilität ungestört.

Grobe Kraft leidlich gut beiderseits. Keine ataktischen Störungen.

Sensibilität ohne grobe Störungen.

Beim Aufrichten aus der Rückenlage Schwindel.

Romberg nicht vorhanden.

Gang zurzeit ohne Störung.

Urin: 400/1024, rotgelb, klar, schw. sauer. Alb. und Sach. nicht vorhanden.

2. 12. 1902. Nachts nicht gut geschlafen, keine Angst, sieht oft Berge vor seinen Augen vorüberziehen, auch Flimmern vor denselben.

3. 12. 1902. Will beim Waschen heute morgen einen Augenblick Schwindel gehabt haben.

19. 12. 1902. Fühlte sich in letzter Zeit entschieden besser. War meist auf, sieht gut aus, klagt von selbst nicht. Zeigt sich sehr indolent.

Gebessert entlassen.

Fall 14.

H. F., Zigarrenmacher, 56 Jahre alt.

Aufgenommen: 25. 8. 1903.

Anamnese 26. 8. 1903: Kommt von Esingen bei Pinneberg. Gibt seine Personalien richtig an, ist zeitlich und örtlich orientiert. Heredität, Potus, Trauma und Infektion werden negiert. Ist verheiratet, 4 Kinder leben. Im Herbst 1868 Typhus durchgemacht, sonst niemals ernstlich krank gewesen. Von 1869 bis 1872 Soldat gewesen, Feldzug gegen Frankreich mitgemacht.

Patient will früher niemals an Krämpfen. Schwindel, Kopfschmerzen gelitten haben.

Im März 1902 bemerkte Patient ein Gefühl der Schwachheit in den Beinen „die Beine gingen nicht, wie sie sollten", er müßte wie ein Betrunkener gehen und ermüdete leicht; dieser Zustand währte bis zum September desselben Jahres, ärztlich behandelt wurde er während dieser Zeit nicht. Im September nahm das Lahmheitsgefühl in den Beinen zu, es gesellte sich ein allgemeines Mattigkeitsgefühl hinzu, besonders in den Armen, die Sprache wurde schlecht. Es stellten sich bei bestimmter Blickrichtung besonders in die Ferne Schwindelanfälle ein. Patient mußte 3 Tage im Bett zubringen. Der Arzt habe gesagt, er habe einen Schlaganfall gehabt; er meine aber, es sei Influenza gewesen. Anfang Oktober konnte Patient seine Arbeit wieder aufnehmen, fühlte sich aber immer schwindlig und matt im ganzen Körper. Setzte die Arbeit im Februar 1903 wieder aus, weil er sich zu schwach fühlte. Bekam eigentümliche Zustände bei der Arbeit, wo ihm so übel zumute wurde, das Wasser lief ihm im Munde zusammen, im Hinterkopf und Nacken stellte sich ein Schmerz „wie Rheumatismus" ein. Das Sprechen fiel ihm schwerer, beim Lesen ermüdete er sehr leicht, die Zeilen flossen ineinander. Wenn er länger stand, trat Zittern und Schmerz in den Beinen auf, auch beim Sitzen.

In den Fingern wurde er ungeschickter, beim Aufgreifen kleiner Gegenstände z. B. mußte er sich mehr anstrengen, daß es ihm gelang.

Die Mattigkeit im ganzen Körper nahm noch zu, eine Lähmung war nie vorhanden. Der Gang sei stolpernd, er falle leicht. Es komme ihm immer so vor, als ob ihm die Beine den Dienst versagten.

Weinte oft, wenn er an seine Krankheit erinnert wurde, besonders beim Sprechen. Gedächtnis litt nur wenig, im ganzen konnte er nicht darüber klagen; das Befinden wechselte auch sehr; konnte auch ganz vergnügt sein. Regte sich leicht auf, schon bei einer harmlosen Unterhaltung. Er mußte sich davon zurückziehen. Dabei wurde die Sprache schlechter, und in den Oberschenkeln traten Schmerzen auf. Appetit blieb ziemlich gut, keine Lungen- oder Herzbeschwerden. Urinbeschwerden nicht. Entleerung willkürlich, Stuhl etwas schwach.

Status: Größe 160 m, Gewicht 72 kg, Temp. 36,0.

Kleiner, kräftig gebauter Patient.

Gut entwickelte Muskulatur, reichliches Fettpolster.

Gesicht gerötet, acne rosacea, chronische conjuktivitis beiderseits. Lippen gut gefärbt. Haut trocken, schlaff.

Schädel groß, symetrisch, Umfang 57,8 cm.

Kein Kopfschmerz, Kopfbewegungen frei nach allen Richtungen hin.

Pupillen über mittelweit, rechts weiter als links, beide etwas längs oval. R. L. promt., R. C. ebenfalls, A. B. frei, kein Nystagmus.

Gesichtsnerveninnervation symetrisch. Lidschluß prompt.

Zunge ruhig.

Sprache anstoßend, verschluckt leicht Silben.

Gaumenbögen gleich.

Höhere Sinnesorgane abgesehen von Presbyopie intakt.

Keine motorischen Störungen, grobe Kraft überall gut.

Feinschlägiger Tremor manum.

Kniephänomene und Achilles beiderseits gesteigert.

Romberg vorhanden.

Kein Klonus.

Fußsohlenreflex plantarwärts.

Abdom.-, Kremasterreflexe beiderseits vorhanden.

Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.

Sensibilität ungestört.

Vasomotorisches Nachröten vorhanden.

Passive Bewegungen in allen Gelenken frei, ohne Widerstand.

Keine Ataxie. Thorax quadratisch.

Lungengrenzen herabgedrückt.

Perkussorisch normal. Keine Herzpulsation palpabel

Überlagerung durch die emphysem. Lunge. Herztöne über sämtlichen Ostien 2. Töne lauter als die ersten, besonders an der mitralis, ohne Nebengeräusche, 2. Aortenton auffallend laut, sonst sämtliche Töne leise.

Grenze nicht verbreitert.

Radialröhre geschlängelt und rigide.

Puls beschleunigt, zurzeit 92, irregulär.

Befolgt bei der Untersuchung sämtliche Aufforderungen sehr prompt, ruhig und geordnet. Körperlich ziemlich gewandt. Stimmung gleichmäßig ruhig, nur während der Unterhaltung bricht Patient mehrfach in zwangsmäßiges Weinen und Schluchzen aus, besonders als er nach seiner Stimmung gefragt wird.

27. 8. 1903. Patient will die Nacht schlecht geschlafen haben, hat sich jedoch ruhig verhalten. Bricht heute bei der Visite wieder in lautes krampfartiges Schluchzen aus.

7. 9. 1903. Patient will zurzeit keine wesentliche Besserung spüren. Beim Gehen bekomme er zuweilen Schwindel und trete dann mit dem Bein vorbei, auch habe er beim Gehen das Gefühl von Steifigkeit und Vollheit in den Beinen. Die Sprache sei auch immer schwerer. Eine Abnahme des Gedächtnisses habe er nicht gemerkt, auch sonst keine psychischen Änderungen.

8. 9. 1903. Patient wird heute auf seinen Wunsch gebessert entlassen.

Es besteht bei beiden Fällen kein Zweifel über die arteriosklerotische Grundlage der Neurasthenie. Bei Fall 13 sprechen der Augenhintergrund, die verwaschenen Pupillen mit Venenschlängelung und von den äußeren Gefäßsymptomen die starke Schlängelung der Temporalarterien für Arteriosklerose, bei Fall 14 die typischen Symptome der Verstärkung des 2. Aortentones und Rigidität und Schlängelung der Radialarterien.

Letzter Fall bietet außerdem differentialdiagnostisch einiges Interesse.

Die anstoßende Sprache, die Ungeschicklichkeit der Hände, Lebhaftigkeit der Kniesehnenreflexe lassen an Dementia paralytica denken, jedoch kommen diese Erscheinungen auch bei Neurasthenie vor. Andererseits fehlen charakteristische Symptome, wie Pupillenträgheit, Muskelparesen und Ataxie. Auch spricht das Alter gegen Dement. par. Von Störungen des Zentralnervensystems sind außer leichter Erregung und weinerlichen Wesens keine Veränderungen vorhanden, was ebenfalls für Neurasthenie spricht.

Ferner noch käme die Erörterung der Dementia arteriosclerotica in Frage, da der klinische Befund sich oft mit der Neurasthenie deckt, vor allem, wenn es sich um beginnende

Gefäßveränderungen im Gehirn handelt, wo zunächst noch die Beeinträchtigung der Vasomotorentätigkeit im Vordergrund steht. Entscheidend sind da die Abnahme von Merkfähigkeit- und des geistigen Arbeitsvermögens. Da erstere nicht in nennenswertem Maße besteht, letzteres fehlt, liegt Neurasthenie vor.

In der Therapie der Neurasthenie nimmt zweifellos den breitesten Raum die psychische Beeinflussung ein. Um sie wirksam zu machen, bedarf es der Gewinnung völligen Vertrauens des Kranken, und es ist notwendig, möglichst seine Klagen anzuhören und ihnen Bedeutung beizumessen. Bei gebildeten Kranken ist die vernünftige Aufklärung der krankhaften Vorgänge von Nutzen.

Wanke bezeichnet die Therapie der Neurasthenie ein pädagogisches Problem und fordert neben der wohlwollenden Freundschaft eine erzieherische Beeinflussung von seiten des Arztes durch Monate und Jahre hindurch auf der Grundlage gründlicher Allgemeinbildung.

Handelt es sich um schwere Fälle von Neurasthenie mit starker Erschöpfung, so ist eine Ruhekur erforderlich, die gipfelt in der Fernhaltung aller die Reizbarkeit der Nerven wachrufenden und die Schwäche ungünstig beeinflussenden Momente bei Streben nach Überernährung.

In allen anderen Fällen kommt körperliche Betätigung und Beschäftigung in Frage. Einen großen Wert für die Heilung besitzt die Gymnastik, sie stärkt die Muskulatur und hebt das Selbstbewußtsein. Nur besteht die Gefahr, daß aus der Heilgymnastik sich ein Sport entwickelt, der dann, wie z. B. das planlose Müllern, von ungünstiger Wirkung sein kann.

Einen breiten Raum in der Heilmethode nimmt die Hydrotherapie ein, in der Form von Bädern, Duschen, Abreibungen. Die Temperatur und Dauer der Bäder hängt wesentlich vom Kräftezustand des Kranken ab. Ein warmes Vollbad am Abend wirkt recht oft günstig. Die Abreibungen erfolgen zumeist kalt und werden vornehmlich morgens vorgenommen. Unter Umständen wirken Umschläge und nasse Ganzpackungen günstig. Das Wesentliche in der Wirkung der Hydrotherapie

beruht nach Verworn in der reflektorischen Wirkung und thermischen Wärme- und Kältereize auf das Nervensystem. Nach Goldscheider erfolgen diese Reize nicht allein indirekt durch Regulierung der Gefäße, sondern auch direkt durch Reizung der Kälte- und Wärmenerven, die dann eine Bahnung bezw. Hemmung im allgemeinen Nervengebiet hervorrufen. Aus diesem Grunde läßt sich bei Wasserprozeduren nicht immer vorher bestimmen, welche Anwengung von thermischen Reizen in Anwendung kommen muß, da die Hemmung bezw. Bahnung im Nervengebiet individuell verschieden ist.

Von der physikalischen Therapie spielt die Elektrizität eine mehr suggestive Rolle, wenn auch infolge der Hauptreize ein günstiger Einfluß auf die Zirkulation ausgeübt wird. Unangenehme Empfindungen, vornehmlich Angstzustände, werden durch elektrische Ströme vorteilhaft beeinflußt. Die Anwendung geschieht durch elektrische Bäder, Faradisation und Galvanisation. Auch durch Influenzelektrizität hat man Erfolge erzielt. So lobt Eulenburg ihre suggestive Wirkung und spricht von „vollem Zauber und Wirkungsfrische der Neuheit". Kroepelin beurteilt die suggestive Wirkung dieser Heilmethode weniger günstig.

Medikamente finden bei der Neurasthenie sehr oft Anwendung, spielen aber wesentlich eine symptomatische und suggestive Rolle. Bei Blutarmen verordnet man Eisen bezw. eine Kombination mit Arsen, bei Magenstörungen gibt man Stomachica, bei Unruhe Brom und Valeriana, gegebenenfalls ein Schlafmittel wie Trional, Sulfonal, Veronal.

Die Prognose der reinen nervösen Erschöpfung ist günstig, dagegen bietet die Heilung der konstitutionellen Neurasthenie nicht so gute Aussichten, wenn auch die Prognose quoad vitam gut lautet.

Um so mehr tritt deshalb die Prophylaxe in den Mittelpunkt des Interesses, die zugleich für die Bekämpfung der den heutigen Kulturzustand begleitenden Nervosität von ungeheurer Bedeutung ist.

Die Grundlage eines nervenstarken Geschlechtes ruht wesentlich mit in der Rassenhygiene, in der gebührenden

Berücksichtigung der körperlichen und psychischen Veranlagung bei der Gattenwahl, insbesondere in der Verneinung einer Ehe zwischen zwiefach neuropathisch belasteten Individuen, da, wie Binwanger berichtet, in solchen Ehen 50 bis 70 % der Nachkommen ernstlich nervös belastet werden.

Ein weiteres Kapitel ist die frühzeitige Erkennung der sich in der Kindheit entwickelnden Nervosität und die dementsprechende Erziehung. Diese erfordert dauernde Beobachtung, Ruhe und Konsequenz. Infolge falscher Auslegung krankhafter Anlagen wird durch strafende Erziehung die Entwickelung oft schädlich beeinflußt.

Im Zusammenhang mit der Erziehung steht die Berufswahl. Nicht soziale und andere äußere Verhältnisse dürfen entscheiden, sondern die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Friberger verlangt, daß Schulknaben mit ausgeprägt nervösen Symptomen vom Studium zurückzuhalten sind, ehe das Interesse für einen dieses Studium erfordernden Beruf erwacht ist. Die Aufgabe eines vorgenommenen Lebensplanes ist entschieden von nachteiliger Wirkung.

Schließlich treten die allgemeinen Forderungen der Hygiene in ihre Rechte. Mäßigkeit in allen Genüssen, Sport, körperliche Betätigung im Freien und damit die Errichtung von Spielplätzen und Anlage von Gartenkolonien in der Großstadt sowie günstige Verbindungen von Stadt und Land sind als prophylaktische Maßnahmen von großem Wert. Die möglichste Ausschaltung aller Nervenreizung findet ihren Ausdruck in der Lärmbekämpfung der Großstadt, wie sie durch Anlegung von Holzasphaltpflaster, Bau von Untergrundbahnen, Abschaffung von störenden Signalen und andere Maßnahmen erfolgreich betrieben wird.

Ich erfülle die angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die Überlassung des reichen Materials an Krankheitsfällen und Literatur sowie die wohlwollende Unterstützung bei der Arbeit ergebenst zu danken.

Literatur.

Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie.
Cramer, Nervosität.
Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
Neurologisches Zentralblatt. Jahrgang 1912.
Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde. Bd. 14.
Handbuch der Neurologie. Bd. 1.
Beitrag zur Lehre der sexualen Neurasthenie. Inauguraldissertation von Wehner.
Archiv für Psychiatrie. Bd. 24, 34, 44.
Zur Ätiologie und Symptomatologie der Zwangsvorstellungen. Inauguraldissertation von Wolff.
Ibrahim, Krankheiten des Nervensystems. Aus dem Lehrbuch der Kinderheilkunde von Feer.
Kraus, Psychoneurosen, zentrale und vasomotorische Neurosen. Aus dem Lehrbuch der Inneren Medizin von Mehring.

Lebenslauf.

Geboren am 11. 10. 1887 als Sohn des Kaufmanns Hermann Roter zu Cloppenburg i. Oldbg., katholischer Konfession, besuchte ich die Volks- und Bürgerschule meiner Heimat und kam 1904 auf die Obertertia des Großherzoglichen Gymnasiums zu Vechta woselbst ich 1909 absolvierte.

Nachdem ich in Hannover ein Semester Baufach studiert, das mir für mein folgendes medizinisches Studium angerechnet wurde, besuchte ich die Universitäten Würzburg, Freiburg und Erlangen, wo ich im Sommer 1911 mit „sehr gut“ das Physikum bestand. Von den klinischen Semestern verbrachte ich je 2 in Kiel und Berlin. Darauf ging ich nach Rostock, wo ich im September 1914 mein Staatsexamen bestand, dem die sofortige Approbation folgte. Im November 1914 zum Unterarzt und September 1915 zum Assistenzarzt d. L. befördert, bin ich zurzeit als Truppenarzt beim 1. Landsturm-Inf.-Bataillon Hameln (X. 10) auf Borkum tätig.